

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N° 1107

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean FLORIOT

Né le 10 Juin 1912, à ETAIN, (Meuse)

Contribution à l'étude
de la rupture des anévrysmes
de l'aorte abdominale

Président : M. AUBERTIN, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

7011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean FLORIOT

Né le 10 Juin 1912, à ETAIN, (Meuse)

Contribution à l'étude
de la rupture des anévrysmes
de l'aorte abdominale

Président : M. AUBERTIN, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique de neuro-chirurgie
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 LEON BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 ROBERT DESRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBOLLET
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE
 COUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE
 BARIETY
 RENARD Henri
 BERNARD EL.
 BESANCON (J.).
 BOULIN
 BULLIARD
 CATHALA
 COSTE
 CHEVALLIER
 DOGNON
 FUNCK-
 FEY
 GAILLARD
 GASTINEL

Pathologie chirurgicale.
 Pathologie médicale.
 Pathologie médicale.
 Pathologie médicale.
 Hydrologie.
 Pathologie médicale.
 Histologie.
 Pathologie médicale.
 Pathologie médicale.
 Pathologie médicale.
 Pathologie médicale.
 Physiologie.
 Pathologie chirurgicale.
 Urologie.
 Parasitologie.
 Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES ..
 GAYET
 DE GENNES
 GIROUD
 HAGUENAU
 HALPHEN
 HUGUENIN
 JOANNON
 LACOMME
 LANTUEJOUL
 LAROCHE Guy.
 LAVIER
 LELONG

Pathologie chirurgicale.
 Physiologie.
 Pathologie médicale.
 Histologie.
 Pathologie médicale.
 Oto-rhino-laryngologie
 Anatomie pathologique
 Hygiène.
 Obstétrique.
 Obstétrique.
 Pathologie médicale
 Parasitologie.
 Pathologie médicale.

MM.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY (M^{me} J.) Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PETIT.....

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
PIEDELIEVRE.. Médecine légale
PORTES Obstétrique.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE ... Pathologie chirurgicale
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY.....
BERT Physiologie.
HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
NEVEU.....
LEMAIRE.. Parasitologie.
LE LORIER ... Obstétrique.
SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE..
AUBERTIN
BRULE
CHABROL.....
DONZELOT ...
DUVOIR
LIAN
PASTEUR-VAL.....
LERY-RADOT..
SEZARY
 } Clinique médicale

MM.
BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER ...
MOURE
QUENU
VELTER
 } Clinique chirurgicale
ECALIE
METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Charges de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA MERE

Qui ont soutenu et encouragé
mes efforts et s'imposèrent pour
moi tant de sacrifices.

En témoignage de ma respec-
tueuse affection et de ma profonde
reconnaissance.

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

MESSIEURS LES DOCTEURS DORMOY, BACCHMAN,
REDON, LONGUET, CHAUCHARD

En témoignage de ma sincère
amitié.

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR C. AUBERTIN
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse dont il m'a suggéré le sujet.

Hommage de respect et de re-
connaissance.

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIERE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY
Médecin de la Pitié

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

MONSIEUR LE DOCTEUR KOURILSKY
Médecin de l'Hôpital de Garches

AVANT-PROPOS

Ce traité, dont les éléments furent réunis il y a quelques mois, aura eu sa rédaction précipitée.

Nous aurions voulu adjoindre d'autres observations cliniques inédites que nous aurions pu recueillir dans les milieux hospitaliers ; malheureusement, le temps nous manqua.

Le sujet de cette thèse nous fut inspiré par M. le Professeur AUBERTIN, Médecin à l'Hôpital de la Pitié. Qu'il nous fasse l'honneur de trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et les conseils éclairés qu'il nous a sans cesse prodigués au cours de la rédaction.

Nous tenons aussi à remercier M. LAFONT, Interne du Service, pour les éléments détaillés qu'il nous a fournis sur la crise de fissuration et sur le résultat de l'autopsie du malade qui était hospitalisé dans le service.

Contribution à l'étude DE LA RUPTURE DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE ABDOMINALE

GENERALITES

L'anévrisme (du grec « aneurisma ») est une dilatation localisée de l'aorte.

L'anévrisme de l'aorte abdominale est une lésion rare, beaucoup moins fréquente que l'anévrisme de la crosse aortique.

L'anévrisme est le plus souvent unique, soit fusiforme, soit succiforme, soit enfin cupuliforme.

C'est ordinairement au-dessous du tronc cœliaque qu'il se forme et son développement se fait le plus souvent en avant qu'en arrière où il détruit les vertèbres.

En avant, il est longtemps toléré, ne pouvant comprimer aucun organe important du fait de la souplesse de la paroi abdominale, ce qui est l'inverse dans la cage thoracique où la poche anévrysmale atteint facilement des organes importants provoquant des symptômes d'alarme.

En arrière, il occasionne rapidement des lésions du rachis, provoquant des douleurs précoces par altération des nerfs.

Au point de vue étiologie, c'est la syphilis qui est le plus souvent en cause.

Il faut en rechercher tous les signes cliniques et tous les signes de laboratoire :

Bordet-Wassermann dans le sang. Hecht, Kahn ;

Benjoin dans le liquide céphalo-rachidien.

ANATOMIE DE LA REGION

L'aorte traverse le diaphragme par l'orifice aortique avec, en arrière d'elle, le canal thoracique et parfois la racine interne de la grande veine azygos.

Dans l'abdomen, l'aorte descend verticalement un peu déviée à gauche de la ligne médiane et se termine au niveau de la quatrième lombaire en donnant trois branches terminales :

— Les deux iliaques primitives ;

— La sacrée moyenne.

Elle est en rapport :

1° *En avant et de haut en bas* avec :

L'arrière-cavité des épiploons ;

Le pancréas ;

La troisième portion du duodénum ;

Les anses grêles.

2° *En arrière* avec :

Le canal thoracique ;

La colonne vertébrale.

3° *A droite et de haut en bas* :

D'abord avec le lobe de Spiegel dont elle est séparée par un diverticule péritonéal dérivé du recessus hépato-entérique.

Ensuite avec la veine cave inférieure.

4° *A gauche :*

Avec la capsule surrénale et le rein gauche. Sur toute sa hauteur s'étagent de nombreux ganglions abdomino-aortiques, tandis que ses faces antérieures et latérales sont en étroite connexion avec les différents plexus sympathiques qui s'étagent le long de l'aorte.

BRANCHES.

De haut en bas :

- Diaphragmatiques inférieures ;
- Tronc cœliaque ;
- Artère mésentérique supérieure ;
- Capsulaires moyennes ;
- Artères rénales ;
- Artères spermatiques chez l'homme ;
- Artères ovariennes chez la femme ;
- Artère mésentérique inférieure.

Latéralement :

- Artères lombaires.

ANATOMO-PATHOLOGIE

Au point de vue anatomo-pathologique, une artère est composée de trois tuniques :

1° La tunique externe ou adventice, de nature conjonctive ;

2° La tunique moyenne formée de fibres élastiques et de fibres musculaires lisses ;

3° La tunique interne qui est un épithélium simple et pavimenteux continuant l'endocarde.

La structure varie suivant le calibre de l'artère ; dans les petites artères et artérioles, la tunique moyenne est constituée presque exclusivement de fibres musculaires.

Dans les grosses artères comme l'aorte, la tunique moyenne est constituée presque exclusivement de fibres élastiques.

On conçoit aisément qu'une lésion détruisant localement cette tunique permette la formation d'une poche sous l'effet de la pression sanguine.

En général, cette lésion est une pan-aortite sclérogommeuse.

Cependant, pour certains auteurs, l'anévrysme naît du ramollissement d'une gomme au niveau de l'adventice, gomme qui, évoluant de dehors en dedans,

entraîne la distension localisée de la paroi aortique par destruction du squelette élastique.

En somme :

Péri-aortite gommeuse circonscrite qui détruit en un point le squelette élastique du vaisseau diminuant ainsi la résistance de la paroi artérielle.

TROUBLES FONCTIONNELS

Nous avons vu plus haut que c'était dans le cas où l'anévrysme se développait aux dépens de la paroi postérieure que les signes fonctionnels étaient les plus précoces.

C'est avant tout la douleur qui domine, remarquable par sa fixité, son intensité, sa résistance aux thérapeutiques habituelles. C'est elle qui amène le plus souvent le malade à consulter.

Cette douleur est, soit permanente, soit paroxysmique.

Elle siège le plus souvent au niveau de la région lombaire ou bien dans la région para-vertébrale. Elle irradie soit latéralement et en avant, enserrant l'abdomen ou la base du thorax, soit verticalement et en bas le long de l'uretère, du canal inguinal vers le testicule.

Une propagation en arrière, le long du sciatique, se rencontre assez souvent ; ce fut le cas du malade du service dont on lira plus loin l'observation.

Aux membres inférieurs, on constate souvent les effets d'une insuffisante irrigation sous forme de dou-

leur, faiblesse dans les jambes avec paresthésie et des parésies, claudication intermittente.

Nous avons vu au chapitre anatomie, l'importance des rapports que l'aorte contracte au cours de son trajet abdominal avec les plexus nerveux. On peut trouver là l'explication des phénomènes douloureux dont l'un a été dénommé :

CRISE D'ANGINE ABDOMINALE dont le tableau clinique est saisissant :

Brusquement, après un effort, un repas, un traumatisme, une émotion, le malade accuse une douleur atroce, angoissante, sensation de crampe, de broiement, d'éclatement, l'obligeant à prendre toutes sortes de positions, accompagnée de pâleur, de sueurs froides.

Le siège de cette douleur est variable. Le plus souvent à l'épigastre ou même à l'hypogastre, plus rarement dans la fosse iliaque droite ou dans l'hypocondre droit ou la région lombaire, irradiant vers les artères iliaques et fémorales, dans le rachis de la région occipito-vertébrale.

Cette crise dure de quelques minutes à une demi-heure, quelquefois elle se répète à de courts intervalles, donnant lieu à une sorte d'état de mal.

Cette crise cède au repos et à l'inhalation de nitrite d'amyle.

Il y a des cas où l'on observe des vertiges, une tendance lipothymique, des palpitations, de l'angoisse précordiale, des vomissements.

Dans d'autres cas, on peut voir apparaître des troubles intestinaux (coprostatiques avec constipation opiniâtre, diarrhéiques avec selles séreuses, mucorrhéïques) associés souvent à des troubles gastriques à type d'hypersécrétion.

SIGNES PHYSIQUES

Les signes fournis par l'examen physique de l'anévrysme abdominal ont une valeur inégale.

La palpation est une exploration qui peut donner des renseignements affirmatifs chez les sujets maigres, exempts de météorisme car elle met en évidence la tumeur.

Cette tumeur, arrondie ou irrégulière, située plus à gauche qu'à droite de la ligne médiane, siège à l'épigastre. Elle est profonde et repose sur le plan vertébral. Elle est mobilisable transversalement, mais non verticalement. Elle est le siège de battements synchrones à ceux du pouls radial, mais, de plus, ces battements systoliques s'accompagnent d'une expansion de la tumeur, qui est perceptible quand on saisit la tumeur entre les deux mains appliquées sur ses côtés.

Ce dernier signe, l'expansion, est, comme pour tout anévrysme, d'une importance considérable. Il permet de distinguer l'anévrysme des simples battements aortiques très fréquents chez les sujets nerveux et que peuvent transmettre des tumeurs de toute nature.

Malheureusement, l'expansion peut manquer dans les anévrysmes dont les parois sont épaisses ou adhérentes.

La palpation de l'aorte peut s'accompagner de phénomènes vago-sympathiques, angoisses, bouffées de chaleur, syncope, non pathognomoniques, car on les rencontre dans de nombreuses affections abdominales.

J. TEISSIER, CASTAIGNE et ESMEIN ont signalé la contracture du grand droit.

Le souffle, constaté à l'auscultation sans pression stéthoscopique, aurait plus d'importance selon ROTH que le souffle aortique abdominal.

Dans certains cas, en prenant le pouls fémoral et le pouls radial, il est possible d'apprécier un certain retard du premier sur le second.

Certains auteurs ont recherché la valeur que l'on peut donner à l'hypertension que l'on constate parfois à la pédieuse.

C'est seulement, selon GRENET, LEVENT et PÉLISSIER, lorsque l'écart est très grand entre la pression maxima de la pédieuse et celle de la radiale (au moins 7 centimètres) que l'on peut voir un indice d'aortite abdominale.

Pour explorer sous écran l'aorte, les radiologistes ont rencontré de grandes difficultés.

Normalement, l'opacité vertébrale, celle des viscères abdominaux cachent aisément l'ombre de l'aorte abdominale. Ce n'est que dans les cas de volumineux anévrysmes à parois très épaisses que la radiogra-

phie peut donner des résultats directement sur un cliché.

Mais si dans la plupart des cas les contours de l'aorte ne sont pas visibles, il est cependant possible de les deviner par les modifications des organes voisins.

Par la radiographie du rachis qui révèle, en cas de développement de la poche aux dépens de la paroi postérieure, l'usure des corps vertébraux avec intégrité presque absolue des disques intervertébraux.

Par la radioscopie, après insufflation d'air dans le côlon et dans l'estomac, ou après pneumo-péritoine, on peut constater les contours de la tumeur, en ayant soin aussi de varier les positions du sujet, de le placer en décubitus latéral et d'user pour les rayons d'une incidence horizontale.

La radioscopie a, dans ces cas, un avantage très net sur la radiographie du fait qu'elle peut révéler les battements et l'expansion de la tumeur.

EVOLUTION

Les observations de guérison spontanée d'un anévrysme sont rarissimes. Le processus se bornant en la formation de caillots tapissant les parois, empêchant ainsi l'expansion de l'ondée sanguine de continuer ses effets sur la paroi de l'artère.

C'est plus un arrêt d'évolution avec consolidation des lésions qu'une véritable guérison.

Mais on peut cependant nommer ainsi cette évolution par rapport à celle qui se produit dans la majorité des cas : c'est-à-dire la rupture.

TRAITEMENT

L'individu, atteint d'anévrysme de l'aorte abdominale, est un malade qui vit dans la perpétuelle menace d'une rupture.

Le traitement consistera donc avant tout dans le repos absolu, aussi bien intellectuel que physique et lui éviter toutes émotions.

Il devra suivre une hygiène stricte. Eviter les repas trop abondants.

On instituera un traitement étiologique sous forme soit d'iodure de potassium, soit de bismuth, car on est

en présence d'un accident tertiaire chez un sujet qui a cessé trop tôt son traitement.

Nous profitons de ce chapitre et de cette dernière constatation pour montrer combien le praticien doit insister auprès des malades pour qu'ils s'astreignent à un traitement annuel de consolidation afin d'éviter cette terrible complication.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

M. K..., âgé de 45 ans, entre dans le service du Professeur AUBERTIN le 24 mars 1939, pour douleurs remontant à plusieurs années (plus de 10 ans) et qui avaient simulé, à un moment donné, une crise d'appendicite qui motiva l'intervention.

Ce malade accuse une douleur qui, partant du milieu de la fesse gauche, irradie en bas vers la cuisse, surtout au niveau de sa face antérieure, puis se propage au testicule gauche et à la région inguinale et en remontant atteint sans le dépasser le rebord costal.

Le malade caractérise cette douleur comme une sensation de tiraillement, de brûlure continue, empêchant la station debout, avec l'impression de battements artériels surtout au niveau du rebord costal.

C'est une douleur, calmée souvent par des bouillottes, présentant des paroxysmes exaspérants, sorte de crises dont une a duré deux mois, empêchant tout sommeil.

Une cure de rayons ultra-violets amena une accalmie au niveau de la région douloureuse. Comme antécédents, on note une maladie en 1913, la grippe espagnole en 1918.

A l'examen clinique :

Douleur à la palpation de la région inguinale, forts bat-

tements aortiques dans la région gauche de l'abdomen.
Pas de tumeur perceptible.

Asynchronisme entre le pouls radial et le pouls fémoral.

Légère hypertension à la pédieuse.

Auscultation du cœur :

Rythme normal; souffle systolique à la pointe, deuxième bruit claqué à la base.

Tension artérielle : 14-10.

Poumons, foie, rate normaux.

Examen de laboratoire :

Sucre : présence.

Albumine : absence.

Urée sanguine : 0,40.

Bordet-Wassermann : +++.

Hecht : +++.

La radiographie montre des modifications de la colonne vertébrale : usure de D12, disque D12 L1 intact, usure de L1.

Le 30 mars 1939, à 9 heures du matin, le malade accuse une douleur très violente dans l'abdomen. Le maximum d'intensité est à gauche.

A 10 h. du matin, M. LAFONT, interne du service, constate :

Douleur très vive à gauche.

De la pâleur, des sueurs, refroidissement.

Un état de shock très prononcé.

Tension artérielle à 9-5.

Progressivement dans l'heure qui suit, augmentation de la pâleur, baisse de la tension artérielle, pouls petit, filant.

A 11 heures :

Empâtement de la région lombaire gauche.

A 13 heures :

On pense à une intervention.

A 15 heures :

Décès.

La crise de fissuration de l'anévrysme dura 5 heures.

A l'autopsie :

Thorax : Poumons normaux, sauf adhérences au sommet droit, pas de liquide dans la plèvre.

Cœur : volumineux ventricule gauche.

A l'ouverture : quelques végétations dures sur la grande valve de la mitrale.

Suffusions hémorragiques à la partie supérieure de la cloison.

Coronaires aortiques normales.

Aorte : athéromateuse, beaucoup plus marqué à la portion descendante.

Abdomen : Foie, rate, reins, surrénales, pancréas, estomac, intestin : normaux.

Enorme hématome dissociant le psoas gauche.

Après éviscération :

La poche, 15 cm. de long sur 8 de large environ, adhère aux 11^e et 12^e dorsale et à la 1^{re} lombaire qui sont enlevées en bloc avec cœur et aorte.

L'orifice de perforation admet tout l'index et se trouve sur la face latérale gauche de L1.

On ouvre l'aorte abdominale par sa face antérieure et sur toute sa longueur et on se rend compte qu'un diverticule postérieur communiquant avec l'aorte par un orifice situé en regard de D12, long de 7 à 8 cm., large de 2, a érodé légèrement la face antérieure de D11, respecté le disque D11 D12, creusé profondément la face antéro-externe de D12, respecté le disque D12 L1, usé la face latérale gauche de L1.

En résumé : Syphilitique, présentant des douleurs te-

naces depuis un certain nombre d'années, chez qui on diagnostiqua un anévrisme dont on attendit la rupture.

L'autopsie confirma le diagnostic clinique et radiologique.

OBSERVATION 2

(J. CUNY.)

Rupture d'un anévrisme de l'aorte abdominale simulant un volvulus du colon pelvien.

Je suis appelé le 15 décembre près d'un homme de 60 ans, dans les antécédents duquel on ne relève qu'un rétrécissement du canal traité depuis longtemps et qui, depuis 6 jours, a présenté une série de crises douloureuses abdominales. Ces crises, toujours localisées dans le flanc gauche, s'accompagnaient de ballonnement du ventre, d'arrêt du transit, de vomissements et de malaises voisins de la syncope. L'application de glace a eu raison des premières crises. Depuis 4 jours, le malade, hospitalisé et surveillé par un médecin de la ville, ne semble plus souffrir, pas de température, mais état général assez précaire. On m'appelle parce que le malade a été pris, 4 heures plus tôt, d'une nouvelle crise beaucoup plus violente.

Il a vomi, il a eu une selle diarrhéique et sanguinolente.

L'état général est très mauvais, le pouls encore bien frappé est rapide (100), le malade semble shocké. Je le découvre, l'abdomen est surdistendu asymétriquement. On sent une immense tumeur à contours nets, ovoïde, qui occupe tout le flanc gauche et remonte jusqu'à l'hypocondre. Cette tumeur est très douloureuse à la pression et on la palpe difficilement de ce fait. Le côté droit est ballonné, mais souple. Il n'y a plus de gaz.

On remarque à la racine de la verge une petite ecchymose dont on ne trouve pas l'explication, mais qu'on juge sans importance.

Devant ce tableau clinique, on songe à un volvulus du côlon pelvien. Il semble que les signes en soient au complet. On intervient séance tenante par une large laparotomie latérale sur la tumeur.

Déjà, en traversant les muscles petits oblique et transverse, on trouve une infiltration sanguinolente. Le péritoine ouvert contient lui aussi un peu de sérosité. Et l'on tombe sur une masse énorme qui n'est pas le côlon. Celui-ci, complètement collabé, court sur la tumeur qui est rétropéritonéale. On cherche à délimiter les contours, la masse remonte jusqu'à l'épigastre et là, on trouve l'explication, car on perçoit alors des expansions rythmiques que, tout à l'heure, à travers la paroi, la douleur n'avait pas permis de sentir. Il s'agit d'un vaste anévrysme diffus, parti d'une poche anévrysmale que l'on sent nettement à la partie inférieure de l'aorte; la rupture s'est produite à gauche, et le sang refoulant le péritoine a constitué cette masse volumineuse, simulant à s'y méprendre une torsion du sigmoïde. Puis, gagnant de poche en poche, un peu de sang a fusé sans doute par le canal inguinal donnant lieu à cette petite ecchymose que nous avons à tort méprisée et qui, seule, aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic.

OBSERVATION 3

Observation tirée d'une communication du « Monde Médical », par le Professeur CARNOT :

...Nous venons d'observer à la clinique de l'Hôtel-Dieu un malade mort rapidement d'hémorragie interne et

d'anurie. Il s'agissait de la rupture rétro-péritonéale d'un volumineux anévrysme.

Ce malade, âgé de 70 ans, était venu à pied nous consulter à la Polyclinique digestive de l'Hôtel-Dieu, pour des troubles déjà anciens. Il avait maigri de 6 kgs en 1 mois, avait perdu ses forces, et ressentait de violentes douleurs lombaires. Il présentait dans la région para-ombilicale gauche une tumeur volumineuse et pulsatile qui paraissait soulevée par l'aorte abdominale ou peut-être animée elle-même de battements expansifs.

Nous voulûmes repérer immédiatement à l'écran radioscopique cette tumeur qui pouvait être gastrique ou colique, à moins qu'elle n'appartint à l'aorte elle-même. Mais le malade s'effondra derrière l'écran. La syncope terminée, il conservait une pâleur impressionnante. Son pouls était rapide, très faible, filant. La tension artérielle était tombée à 8-6. Les extrémités étaient froides. Bref, on avait le tableau d'une abondante hémorragie interne avec anémie suraiguë. L'hémorragie ne semblait pas d'origine digestive, car le sang ne s'extériorisait ni dans ses vomissements, ni par ses selles. La tumeur pulsatile s'était, d'autre part, étalée et ne battait plus. Un nouveau symptôme apparut alors : une anurie totale, sans même une goutte d'urine dans la vessie et qui dura jusqu'à la mort du malade.

Nous avons pris l'avis du chirurgien qui, comme nous, fut d'avis de ne pas opérer en raison de l'âge du malade, de sa grande faiblesse et du doute qu'il y avait sur la localisation du vaisseau saignant. La mort survint dans un état de plus en plus accentué d'anémie et d'hypotension, avec anurie totale, 44 heures après l'admission.

L'autopsie confirma le diagnostic d'hémorragie interne. Celle-ci n'était ni digestive ni péritonéale, elle avait provoqué un énorme hématome rétropéritonéal par rup-

ture d'un anévrysme de l'aorte abdominale englobant les artères rénales.

En soulevant le grand épiploon, puis le méso-côlon transverse, on trouva, en effet, une énorme masse rougeâtre qui bombait en avant, recouverte par le péritoine qu'elle refoulait sans l'avoir encore crevé. Ce vaste hématome s'était développé surtout à gauche vers la rate. Il envoyait en bas un prolongement vers la cavité pelvienne, un autre en haut atteignait le diaphragme, mais sans peser vers le médiastin.

En dégageant l'aorte abdominale au-dessus et au-dessous de l'hématome rétropéritonéal, mon chef de clinique et mon interne mirent en évidence une grosse poche anévrysmatique, pleine de caillots, rompue en avant par une fente linéaire de 1 cm. environ, immédiatement au-dessus de la bifurcation iliaque. Les parois de l'aorte étaient épaissies, athéromateuses, écailleuses, faisant corps en dehors avec l'hématome. Dans la poche anévrysmale prenaient naissance les deux artères rénales, ce qui expliquait l'anurie terminale soit par compression des deux vaisseaux, soit plutôt par la chute de pression dans les deux artères.

OBSERVATION 4

Malade âgé de 68 ans, camelot, entre dans le service du Professeur SERGENT le 31 octobre 1934, parce que, depuis quelques mois, des douleurs lombaires et une faiblesse progressive des membres inférieurs gênent sa marche et l'ont obligé à cesser tout travail depuis six semaines. En outre, il a beaucoup maigri, tousse et crache depuis un mois et demi.

A l'examen objectif des membres inférieurs et des ré-

gions lombaires, on ne note rien de net : pas de points douloureux précis, démarche hésitante, mais sans diminution de la force musculaire segmentaire, pas de troubles des réflexes.

Un tableau clinique aussi flou n'attire guère l'attention et l'on attribue un peu rapidement la perte des forces et les douleurs lombaires à l'état presque cachectique dans lequel se trouve le malade.

Plusieurs causes paraissent pour expliquer cette grave atteinte générale.

1° Une tuberculose pulmonaire : elle est presque latente cliniquement, mais la bacilloscopie des crachats est positive et la radiographie montre, à droite, des pommelles indiscutables. C'est cette tuberculose qui paraît responsable du rapide affaiblissement survenu il y a 6 semaines.

2° Une syphilis avec atteinte nerveuse. L'accident primaire qui date de 48 ans n'a jamais été soigné. Il existe un signe d'Argyll-Robertson unilatéral droit et le Bordet-Wassermann dans le sang est fortement positif. Par contre, le liquide céphalo-rachidien est sub-normal (B.W. négatif, albumine à 0,20, lymphocytose à 1,02 élément. Benjoin un peu étalé à 4 tubes).

3° Enfin, l'examen découvre un gros foie dont le bord supérieur est en place normale, mais dont le bord inférieur tranchant, lissé, régulier, très superficiel, déborde le rebord costal d'un travers de main. Sa surface est lisse et de consistance normale. Il n'y a pas de douleur nette, mais la palpation de l'abdomen est rendue difficile par la défense musculaire. En tout cas, il n'y a aucun battement, ni au niveau du foie, même dans l'angle épigastrique.

Ce gros foie est isolé, sans ascite, sans circulation collatérale, sans splénomégalie. On note cependant quelques

signes d'insuffisance hépatique : sub-ictère conjonctival, pétéchie, épreuve de galactosurie mauvaise.

Ajoutons qu'un examen radiologique de l'estomac et un toucher rectal ne donnèrent aucun résultat.

Ce gros foie isolé, survenant chez un syphilitique, fit discuter plusieurs diagnostics : cirrhose, foie cardiaque, cancer secondaire du foie, syphilis hépatique, mais à la vérité, aucun de ces diagnostics ne satisfaisaient l'esprit et ce malade était encore à l'étude quand il mourut en quelques heures, dans des circonstances un peu spéciales.

Le 11 octobre, 11 jours après son admission, chez ce malade qui ne cessait de se plaindre de douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs, on note une matité de la base droite qui fit penser à un épanchement pleural, mais il ne fut pas pratiqué de ponction.

Le lendemain, on trouve le malade dans un état alarmant : le facies est angoissé, pâle, couvert de sueurs, la respiration rapide, le pouls très accéléré; les douleurs abdominales ont augmenté depuis la veille, très vives, elles siègent dans la région lombaire droite et n'ont pas été calmées par deux piqûres de morphine.

Rien de nouveau à l'examen pulmonaire et abdominal: l'abdomen est douloureux dans son ensemble, et toute palpation est impossible à cause de la défense musculaire.

Quelques heures plus tard, le malade meurt par syncope.

En résumé : syphilitique ancien chez qui on notait une tuberculose pulmonaire d'évolution récente. Une grave atteinte générale, un gros foie isolé de nature inexpliquée, quelques troubles subjectifs des membres inférieurs et chez qui survint un exitus rapide en quelques heures.

L'autopsie révéla bien à droite une tuberculose pulmo-

naire avec une petite cavité apicale, des tubercules miliaires de tout le lobe inférieur et un minime épanchement séro-fibrineux de la base.

Ajoutons que le cœur était de dimensions normales et l'aorte thoracique athéromateuse.

Mais, par contre, dans l'abdomen, nous eûmes la surprise de découvrir que notre malade était mort de la rupture d'un énorme anévrysme de l'aorte abdominale.

Il n'y avait pas, en réalité, de gros foie. Les signes cliniques que nous avions notés étaient dus, en réalité, à ce qu'il était basculé en avant. Refoulé par la tumeur aortique, sa face antéro-supérieure était devenue franchement antérieure et prenait contact sur une grande étendue avec la paroi abdominale.

Le foie soulevé, on découvrait une énorme masse profonde, latérale droite, marquant son empreinte sur la face postéro-inférieure du foie, rétropéritonéal et recouvert de volumineux caillots noirâtres qui dépassaient la tumeur en dehors et en bas et fusaient, toujours rétropéritonéaux jusque vers la fosse iliaque droite et le pelvis.

On enleva facilement l'estomac, le duodénum, le pancréas qui encadraient les faces gauche et inférieure de la masse.

L'anévrysme était bien en vue : énorme anévrysme sacciforme de dimension d'une tête d'adulte, très haut situé sous le diaphragme, rétro-hépatique et à développement surtout antéro-latéral droit.

Son point de départ était l'aorte abdominale, à la hauteur des 1^{re} et 2^{me} vertèbres lombaires, entre l'orifice diaphragmatique et la mésentérique supérieure. Le tronc cœliaque partait de l'anévrysme même.

Ses rapports étaient les suivants :

En arrière : les deux premières vertèbres lombaires

dont le corps avait été érodé et auxquelles il adhérait intimement.

En haut : le diaphragme dans lequel sa face supérieure tendait à s'invaginer et avec lequel sa paroi était fusionnée.

A gauche : l'estomac et le côlon qui étaient légèrement refoulés.

En bas : le pancréas, le duodénum et les anses grêles.

En avant : le foie qu'il repoussait et dans lequel il avait marqué son empreinte.

A droite : enfin, l'anévrysme prenait contact avec le foie, la capsule surrénale droite et surtout le rein droit, l'artère rénale contournait le pôle inférieur de la tumeur.

La surrénale était normale, le rein droit également, mis à part quelques petits kystes sous-capsulaires, mais il était englobé dans une véritable gangue de caillots noirâtres récents qui le réunissaient intimement à l'anévrysme. C'était, en effet, au contact de la face profonde du rein que s'était produit la rupture. Elle s'était faite dans la capsule rénale et avait été recouverte par le rein. L'hémorragie bridée par les aponévroses fut progressive et fusa peu à peu sous le péritoine jusque dans la fosse iliaque et le petit bassin.

Cette disposition rend compte de la relative lenteur de la mort et des phénomènes douloureux qui l'ont accompagnée.

La zone de rupture est irrégulière, déchiquetée, ses bords sont très minces.

Les parois de l'ectasie sont irrégulières, feuilletées, calcifiées par place, épaissies en certaines zones, minces dans d'autres, entourées d'une gangue péri-anévrysmale qui les rattachait au diaphragme au sein des véritables lombaires.

A l'intérieur de l'anévrysme, d'aspect banal, énormes caillots organisés, laissant entre eux et la paroi postérieure de l'aorte un étroit conduit. Il était manifestement impossible qu'une telle poche fût animée de battements.

Ajoutons enfin que le reste de l'aorte abdominale était très athéromateux et que l'examen des autres viscères a été absolument normal.

Rétrospectivement, sur le cliché abdominal, on trouve un contour sombre, arrondi, correspondant au siège de l'ectasie. Même cette image ne permettait pas le diagnostic clinique.

CONCLUSIONS

Si nous passons en revue les observations précédentes, nous pouvons dire comme le Professeur LAUBRY que la séméiologie de l'anévrysme de l'aorte abdominale est à la fois très réduite et très riche, trop riche même puisqu'elle devient facilement trompeuse.

Il est très rare d'avoir une symptomatologie au complet. Dans la majorité des cas, les signes qui pourraient permettre de poser le diagnostic sont noyés dans un tableau clinique chargé. La radiographie ne vient même pas en aide dans ces circonstances, à moins qu'elle ne révèle des modifications du rachis dans le cas de développement postérieur de la poche.

Il faut des cas comme celui de l'observation où l'on a qu'à rechercher la cause d'un symptôme et où la radiographie apporte des renseignements importants à un tableau clinique déjà en faveur d'un anévrysme.

De toute façon, l'évolution de cette affection vers la guérison est l'exception; vers la rupture, la règle, et cette terminaison est plus ou moins rapide suivant le siège de la fissuration.

En effet, si la fissuration se produit à un endroit tel qu'il puisse se former un hématome, soit rétro-péritonéal, soit dans la gaine du psoas, on peut assister à une survie qui peut durer dans certains cas près de deux jours.

Tout autre est le tableau clinique si le sang peut s'épancher librement dans la cavité péritonéale. On assiste alors au tableau de grandes hémorragies internes avec mort rapide.

Le diagnostic de rupture d'une ectasie de l'aorte abdominale est très simple ou très difficile et même impossible dans le court délai qu'on a pour prendre une décision opératoire.

Le diagnostic est très simple s'il s'agit d'une ectasie aortique déjà repérée dont on attend de jour en jour la rupture sans pouvoir s'y opposer.

Le diagnostic est au contraire très difficile si l'ectasie est latente, méconnue, si sa première manifestation est précisément la rupture de la poche. Elle simule alors de nombreuses urgences chirurgicales comme :

Un volvulus du côlon pelvien (obs. 2) ;

Une anurie (obs. 3) ;

Une hémorragie de grossesse tubaire ;

Une occlusion intestinale aiguë.

Le plus souvent, c'est un tableau d'hémorragies internes dont on attend l'extériorisation pour en préciser l'origine digestive, sinon on songera à une hémorragie péritonéale, surtout si l'abdomen grossit et devient sensible.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
AUBERTIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

LAUBRY. — Syndrome d'aortite postérieure.

J. FLORAND, H. GALLY. — Anévrisme de l'aorte abdominale et cholécystite. (*Société de Gastro-Entérologie de Paris*, séance du 15 mars 1938, in : *Arch. des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, mai 1938, n° 5.)

P. HILLENEAUD, J. GARCIA, CALDERON. — Volumineux anévrisme de l'aorte abdominale, visible aux rayons X et compliqué d'ictère. (*Soc. de Gastro-Entérol. de Paris*, s. du 13 juin 1938, in : *Arch. des mal. de l'Appareil digestif et Mal. de la Nutrition*, n° 7, juillet 1938.)

ALDO CALO. — Anévrisme de l'aorte abdominale et artérite spécifique des extrémités. (*Soc. des Sc. Méd. de Tunis*, s. du 19 févr. 1937, in : *La Tunisie Méd.*, avril 1937.)

Louis BAZY, Jean CALVET. — Syndrome abdominal aigu par apoplexie pancréatique (pancréatite aiguë hémorragique), coïncidant avec un anévrisme de l'aorte abdominale. (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, s. du 4 déc. 1935.)

L.-M. BECHELLI, A.-O. TISI. — Consideracoes clinicas sobre dois casos de anevrismo da aorta abdominal. (*Rev. de Med. Sao-Paulo*, 17 : 56-73, juil. 1933.)

A. HARTUNG. — Zur diagnose der bauchaortenenvrysmas. (*Routgen praxis*, 7 : 308-310, mai 1935.)

W. HOLMANN. — Anevryma der Bauchaort. (*Routgen-praxis*, 6 : 811-814, déc. 1934.)

- P. MOLLARET, R. MAILLET. — Un cas probable d'anévrysme abdominal. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 52 : 1332, 5, 26 octobre 1936.)
- PALLASSE, DAMEZ, BUCHER. — Un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale avec tumeur pulsatile lombaire. (*Lyon Méd.*, 152 : 341-50, 1^{er} oct. 1933.)
- P. RITTINGEA. — Anévrysm of abdominal aorta. (*Nederl. tydschrigenek*, 77; 4517-24, 7 oct. 1933.)
- S.-M. WEINGROW, W.-A. BRAY. — Anevrysm of abdominal aorta, case raport. (*Am. J. Roentgénol*, 36 : 194-6, aug. 1936.)
- P. CARNOT. — Les ruptures anévrysmatiques de l'aorte abdominale et de ses branches. (*Monde Médical*, n° 860, 15 fév. 1935.)
- COLSON, CAVAILIER. — Rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale. (*Sté Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, 22 mai 1935, in : *Presse Médicale* n° 54, 6 juillet 1935.)
- J. CUNY. — Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale simulant un volvulus de côlon pelvien. (*Lyon Chir.*, n° 1, janv.-fév. 1937.)
- A. DUCHANOFF. — Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale qui simula une affection aiguë du rein. (*Zeit. f. Urol. Chir.*, n° 5, mai 1935.)
- R. KOURILSKY, H. MACOU, C. DELRAY. — Volumineux anévrysme latent de l'arte abdominale. Mort par ouverture dans la loge rénale. (*Soc. Anatomique*, 7 mars 1935, in : *Presse Méd.*, n° 23, 20 mars 1935.)
- H.-D. NUSE. — Anevrysm. of abdominal aorta with rupture. (*U.S.V. et Bur. M. Bull.*, 4 : 954-957, nov. 1928.)
- L. PESCADOR, S. VILLANNEVA. — Un caso de anevrismo de aorta abdominal perforado en estomago. (*Arch. Card. y. Homat*, 12 : 247-253, juillet 1931.)

- CHABROL et BLUM. — Rupture d'anévrysme abdominal.
(*S. Med. des Hôp.*, 2 fév. 1923.)
- OURY, BENDA, ATHANAOIS. — Tabes et anévrysme aorte
abdominale. (*Prat. Méd. Franç.*, janv. 1927.)
- S.-B. MARLOW et F.-H. DOUBLER (Boston). — Anévr. aorte
abdominale rompu dans duodénum. (*American
Journal of Medical Sciences*, avril 1918.)
- GLOVER. — Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdomi-
nale. (*Royal of Soc. Med.*, 1914.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



